

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, daß die Auskünfte nur schriftlich erstellt und dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagerstattung) zugesandt werden.

Kanzleistempel

Anlaß für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

() die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

() die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom

() die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialversicherungsträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

()

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggfls. gesetzl. Vertreter)